

**JAIME LIN**

**PERCEPÇÃO E EXPRESSÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS  
EM TRÊS GRUPOS CULTURAIS CATARINENSES:  
AÇORIANOS, ITALIANOS E ALEMÃES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2004**

**JAIME LIN**

**PERCEPÇÃO E EXPRESSÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS  
EM TRÊS GRUPOS CULTURAIS CATARINENSES:  
AÇORIANOS, ITALIANOS E ALEMÃES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina**

**Presidente do Colegiado do Curso de Medicina: Prof. Dr. Edson José Cardoso**  
**Professor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Letícia Maria Furlanetto**

**Florianópolis**  
**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**2004**

Lin, Jaime.

*Percepção e expressão de sintomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães* / Jaime Lin. – Florianópolis, 2004.

50p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1. Sintomas Depressivos
2. Percepção
3. População geral
4. Cultura
5. Grupos étnicos
- I. Título

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Shioh Shong Lin e Ho-May Fu Lin, que, a meio mundo de distância de sua terra natal, enfrentaram com coragem todas as dificuldades e que com sua determinação me permitiram chegar até aqui. Agradeço-os por todos os bons valores que me ensinaram, por seu amor, apoio incondicional e compreensão.

À minha irmã Katia Lin, que sempre foi meu modelo e inspiração. Por todos os conselhos, apoio e auxílio e, acima de tudo pela grande amizade.

À professora Letícia Maria Furlanetto, um exemplo de dedicação e competência. Agradeço pelos ensinamentos, paciência e pela inestimável amizade.

À minha namorada Mirella Maccarini Peruchi que fez com que tudo valesse a pena.

Aos meus amigos e colegas pela amizade e pelo constante apoio durante toda a faculdade que fizeram com que tudo fosse mais fácil.

Aos Secretários de Saúde, funcionários e agentes comunitários das cidades de Nova Trento, São Pedro de Alcântara e do bairro do Ribeirão da Ilha cuja ajuda tornou o trabalho possível.

## RESUMO

**Objetivos:** Verificar a frequência e o perfil de sintomas depressivos, assim como seus padrões entre descendentes de açorianos, italianos e alemães, caracterizando-os quanto à sua percepção e expressão.

**Metodologia:** É um estudo transversal com uma parte quantitativa e uma qualitativa, no qual foram avaliados 20 indivíduos pertencentes a cada uma das respectivas culturas: açoriana, italiana e alemã, totalizando 60 indivíduos. Foram aplicados como instrumentos: um questionário sociodemográfico e de histórico pessoal; o Inventário Beck de Depressão (BDI); e um questionário composto de 13 perguntas subjetivas. Para a análise dos dados foram utilizadas análise de variância (parte quantitativa) e análise de conteúdo (parte qualitativa).

**Resultados:** A prevalência de “depressão” na amostra total foi de 11,7% sendo que os sintomas mais frequentes por cultura foram: irritabilidade (açorianos), auto-acusação (italianos) e falta de energia (alemães). Na pesquisa qualitativa, entre os descendentes de açorianos, o padrão de percepção da depressão caracterizou-se por tristeza e isolamento. Nos italianos, a depressão esteve relacionada ao nervosismo e a ficar remoendo coisas ruins, sendo observado o importante papel exercido pelo núcleo familiar como fonte de lazer, preocupações, como primeiro recurso e como a responsável por indicar o melhor tratamento. Já entre os alemães, houve dificuldade em se definir a depressão, sendo a mesma relacionada a um sentimento de insuficiência. A maioria citou o trabalho como uma fonte de lazer e como principal forma utilizada para lidar com a depressão.

**Conclusão:** Houve uma prevalência de mais de 11% de síndrome sugestiva de depressão sendo que os descendentes de alemães expressaram mais sintomas somáticos que os açorianos e italianos, ainda que a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Caracteristicamente, a “depressão” esteve relacionada à irritabilidade e isolamento da comunidade (açorianos), auto-acusação e falta do prazer nas atividades familiares (italianos) e falta de energia associada a uma incapacidade para o trabalho (alemães). Tais resultados poderão ajudar no desenvolvimento de medidas preventivas e na prática clínica para o reconhecimento precoce da depressão e sua melhor abordagem.

**Palavras-Chave:** Depressão; Percepção; Cultura

## ABSTRACT

**Objectives:** To verify the frequency and the profile of depressive symptoms, detecting patterns between descendents of Portuguese (Azorians), Italians and Germans characterizing them by the way they perceive and express depressive symptoms.

**Methods:** The study consists of a transversal study with a qualitative and a quantitative part in which 20 subjects of each one of the respective cultures were evaluated in a total of 60 subjects. A sociodemographic and clinical questionnaire; the Beck Depression Inventory (BDI); and semi-structured questionnaire with 13 subjective questions were applied. In order to analyze the data, analysis of variance (for the quantitative part) and content analysis (for the qualitative part) were used.

**Results:** The prevalence of “depression” was 11,7%. The most frequent symptoms for each culture were: irritability (Azorians), self-accusation (Italians) and fatigability (Germans). In the qualitative part, among the açorians descendents, the pattern of perception of depression was characterized by sadness and social withdrawal. Among Italians, depression was related to nervousness and to pessimism. It was observed that the family core plays a central role in the studied Italian community as a source both of pleasure and worries to the subjects, and also as the first resource of help and as an indicator to the best treatment. Among Germans, a difficult was found as to defining depression, and it was associated to a feeling of insufficiency. Most of them mentioned their job as a source of pleasure and as the main tool used to draw away negative thoughts and to deal with depression.

**Conclusions:** It was found a prevalence of more than 11% of a syndrome suggestive of depression. Germans expressed more somatic symptoms than the Azorians and Italians, even though it did not reach statistical significance. Characteristically, “depression” was related to irritability and social withdrawal (Azorians), self-accusation and lack of pleasure into family activities (Italians) and a fatigability associated to an incapacity for work (Germans). Those results may help to develop preventive activities and in the clinical practice to the early recognition of depression and its better management.

**Keywords:** Depression; Perception; Culture

## LISTAS DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Características sociodemográficas da amostra total.....	13
<b>TABELA 2</b>	Frequência de sintomas depressivos da amostra total.....	14
<b>TABELA 3</b>	Análise de variância dos dados sociodemográficos e de história psiquiátrica..	15
<b>TABELA 4</b>	Análise de variância comparando sintomas cognitivo/afetivos e somáticos.....	15
<b>TABELA 5</b>	Características sociodemográficas da amostra açoriana.....	17
<b>TABELA 6</b>	Frequência de sintomas depressivos da amostra açoriana.....	18
<b>TABELA 7</b>	Características sociodemográficas da amostra italiana.....	22
<b>TABELA 8</b>	Frequência de sintomas depressivos da amostra italiana.....	23
<b>TABELA 9</b>	Características sociodemográficas da amostra alemã.....	26
<b>TABELA 10</b>	Frequência de sintomas depressivos da amostra alemã.....	27

# SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Lista de tabelas.....	vi
Sumário.....	vii
1 – Introdução.....	01
2 – Objetivos.....	05
3 – Materiais e Métodos.....	06
3.1 – Amostra.....	06
3.2 – Desenho.....	08
3.3 – Procedimentos.....	08
3.4 – Variáveis.....	08
3.5 – Análise estatística e forma de análise dos dados qualitativos.....	10
3.6 – Aspectos Éticos.....	11
4 – Resultados.....	12
5 – Discussão.....	30
6 – Conclusões.....	34
7 – Referências Bibliográficas.....	35
Normas adotadas.....	39
Anexo I.....	40
Anexo II.....	43



# 1 Introdução

“Cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular. Tais princípios mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele”. Esta definição de cultura apresentada por Helman<sup>1</sup> leva a conclusão de que a bagagem cultural de uma pessoa influencia vários aspectos de sua vida, dentre estes, suas atitudes em relação à sua saúde e doença. Em se tratando de transtornos mentais, a cultura exerce influência maciça, desde conceitos amplos como a diferença entre normalidade e anormalidade até detalhes que determinam os meios pelos quais as doenças são reconhecidas, rotuladas, explicadas e tratadas.<sup>1</sup>

A psiquiatria cultural é o ramo da psiquiatria que se preocupa com essas influências da cultura e do social sobre as doenças mentais e o seu tratamento. Pode ser dividida em três partes principais: estudos comparativos entre culturas das formas e prevalências das doenças psiquiátricas; estudo das populações imigrantes e variações culturais na doença em etnias diversas; e, mais recentemente, a crítica cultural à psiquiatria teórica e prática.<sup>2-4</sup>

A psiquiatria transcultural serve, então, como uma ponte ligando a cultura e os transtornos mentais, preocupando-se em entender o impacto que as diferenças sócio-culturais exercem sobre os transtornos mentais e o seu tratamento<sup>4-6</sup> comprometendo-se com o estudo de vários aspectos que compõem uma sociedade, tais como relacionamentos interpessoais, intercâmbios sociais e experiências religiosas no contexto da política, economia, e grandes sistemas simbólicos que abrangem a linguagem.<sup>7-9</sup>

Estes objetivos da psiquiatria cultural são de grande importância para a prática clínica da psiquiatria, uma vez que a padronização dos critérios diagnósticos das doenças mentais e instrumentos de avaliação não conseguiram abranger a complexidade da influência cultural na determinação dos fenômenos mentais, dificultando seu uso em culturas diferentes.<sup>10</sup>

Os dois sistemas dominantes de classificação dos transtornos mentais, a 4ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV),<sup>11</sup> elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1994 e a 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10),<sup>12</sup>

elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992, refletem diferentemente a importância da cultura no diagnóstico psiquiátrico.

A OMS realizou testes de campo envolvendo distintas categorias diagnósticas da CID-10 em países de diversas regiões do mundo, mas sua aplicação cultural tem sido estudada por meio da utilização de instrumentos diagnósticos nela baseados. Entretanto, devido à natureza política intergovernamental da OMS, houve uma abordagem universalista, não reconhecendo as variações culturais. Já a APA, por ocasião da elaboração do DSM-IV, designou um grupo de profissionais para preparar uma proposta que subsidiasse aquele manual em relação aos aspectos culturais do diagnóstico psiquiátrico. O que gerou um apêndice sobre síndromes relacionadas à cultura onde se destaca um tópico presente em um grande número das categorias diagnósticas, especificamente sobre características relacionadas à cultura, à idade e ao sexo.<sup>10</sup>

Essa importância da inadequação cultural dos métodos diagnósticos se torna ainda mais evidente quando se percebe duas grandes implicações clínicas: uma delas seria o próprio diagnóstico de diversos transtornos mentais, não somente da depressão, quando o mesmo é feito em situações em que médico e paciente possuem bagagens sócio-culturais diferentes.<sup>2, 3, 5, 6, 13, 14</sup>

O outro problema é que, hoje, mais do que nunca, a cultura deve exercer um papel preponderante no tocante aos transtornos mentais, uma vez que nunca em toda a história da humanidade ocorreram alterações culturais tão rápidas e tão maciças. O mundo está cada vez menor, com a globalização das comunicações e de produtos, milhões de imigrantes movendo-se para novos países levando sua própria bagagem cultural e o aumento da expectativa de vida que termina por fazer com que pessoas vivam para experimentar não somente a sua cultura, mas a de seus filhos e netos.<sup>3</sup>

A depressão e as síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública, resultando em uma das maiores causas de incapacidade entre os problemas de saúde. Estimativas apontam que em 2020 a depressão será a 2ª causa de incapacidade (ou morte).<sup>15</sup> Em relação aos aspectos psicopatológicos, a depressão pode ser vista através de um sintoma central que seria o humor deprimido, acompanhado por múltiplos sintomas afetivos, instintivos, cognitivos relacionados à vontade e a psicomotricidade, tais como tristeza e melancolia, apatia, anedonia (perda do prazer em tudo ou quase tudo), irritabilidade, desesperança, fadiga, cansaço, alterações de apetite, diminuição da libido, ideação negativa,

sentimentos de culpa, dificuldades de atenção e concentração, sentimentos de baixa auto-estima e muitos outros.<sup>16</sup>

Estudos comparativos entre culturas abrangendo os aspectos da depressão têm sido feitos em vários países pela chamada psiquiatria transcultural. Todavia, na maioria dos casos, esses estudos são feitos comparando-se culturas ocidentais e orientais, que obviamente apresentam grandes diferenças na expressão de seus sentimentos. Uma destas diferenças, talvez a mais importante e já demonstrada por vários estudos<sup>3, 17-19</sup> é a maior presença de sintomas somáticos em indivíduos de culturas orientais enquanto que os ocidentais expressam mais sintomas psíquicos e cognitivos.

Ulusahin e cols.<sup>18</sup> fizeram um trabalho comparativo entre a sintomatologia depressiva apresentada por pacientes ingleses e turcos. Os resultados mostraram que os ingleses alcançaram escores mais altos nos sintomas depressivos cognitivos e que os turcos tinham escores maiores nos sintomas somáticos, além de tenderem a enfatizar os sintomas.

Furnham e Malik<sup>19</sup> estudaram britânicos nativos e britânicos descendentes de asiáticos acerca de suas crenças sobre as causas e curas da depressão. Pesquisaram fatores demográficos, a tendência a mostrar morbidade psiquiátrica em uma escala de sintomas e aplicaram um questionário acerca de crenças sobre depressão e comportamento antidepressivo, que se baseou em outros trabalhos anteriores. Os resultados mostraram que a percepção das causas e sintomas da depressão e um comportamento antidepressivo apropriado parecem ser mediados por valores culturais e crenças a que o indivíduo é exposto, com efeitos subsequentes na sua tendência a reconhecer, reportar e procurar ajuda para a depressão.

No Brasil são poucos os estudos nesta área. Após consulta a base de dados LILACS entre os anos de 1985 a 2004, usando os descritores “depressão” ou “sintomas depressivos” e “cultura” ou “transcultural”, foram encontrados poucos estudos que enfocam a psiquiatria transcultural, sendo que nenhum deles comparou a percepção ou a expressão de sintomas depressivos em diferentes culturas.

Este déficit de trabalhos transculturais sobre depressão no Brasil talvez se justifique pela grande diversidade cultural e pelo sincretismo entre as culturas aqui presentes. Sabe-se que aqui não há culturas “puras”, mas também não podemos afirmar que o que existe é uma única e miscigenada cultura. O que realmente parece existir, são várias subculturas que influenciam

umas às outras, mas com características próprias, que necessitam ser estudadas no tocante à percepção e à expressão das doenças mentais, pois podem apresentar diferenças mais sutis do que as encontradas em outros países, mas que não podem ser descartadas.

Trabalhos como os citados acima são de grande importância para a prática clínica, uma vez que trazem um alerta aos profissionais da saúde sobre as diferenças na sintomatologia e na expressão de sintomas depressivos relacionadas a aspectos culturais, auxiliando-os, desta forma, a melhor diagnosticar e tratar estas afecções. Além disso, ressaltam a importância de se focar a doença (“illness”) e não só a enfermidade (“disease”); ou seja, preocupar-se com as dimensões socioculturais, psicológicas e comportamentais, além dos aspectos orgânicos.<sup>1, 3, 20, 21</sup>

O presente estudo pretende avaliar relações entre cultura e depressão em grupos culturais presentes no Estado de Santa Catarina.

## **2 Objetivos**

Em descendentes de açorianos, italianos e alemães residentes em Santa Catarina:

1. Descrever a frequência de sintomas depressivos;
2. Verificar a frequência, assim como analisar as semelhanças e diferenças nos sintomas depressivos auto-relatados, de acordo com o Inventário Beck de Depressão;<sup>22</sup>
3. Investigar as diferenças na percepção de sintomas depressivos, quanto ao seu significado e melhor abordagem.

## **3 Materiais e métodos**

### **3.1 Amostra**

A amostra foi composta de 20 indivíduos adultos pertencentes à cultura açoriana residentes na comunidade do Ribeirão da Ilha (Florianópolis), 20 indivíduos adultos pertencentes à cultura italiana residentes no município de Nova Trento e 20 indivíduos adultos pertencentes à cultura alemã, residentes no Município de São Pedro de Alcântara, perfazendo um total de 60 indivíduos.

Os indivíduos foram recrutados por conveniência e sua ascendência foi reconhecida através do sobrenome, atentando para o fato de que em mulheres casadas a confirmação da ascendência foi feita através do sobrenome de solteira.

O número de indivíduos foi selecionado com base em critérios de pesquisa qualitativa. Segundo Minayo<sup>23, 24</sup> o critério para a seleção de uma amostra qualitativa não é numérico, sendo a amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Assim, a amostra deve definir claramente o grupo social, privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer e compor-se em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações.

#### **3.1.1 Critérios de Inclusão**

- Indivíduos adultos, da respectiva cultura comprovada, que aceitem participar.

#### **3.1.2 Critérios de Exclusão**

- Idade inferior a 18 anos;
- Não fluência na língua portuguesa;
- Recusa em participar.

### **3.1.3 Características das localidades de origem das comunidades estudadas**

#### **3.1.3.1 Comunidade do Ribeirão da Ilha – SC**

Localizado a 36 quilômetros do centro de Florianópolis, o Ribeirão da Ilha é composto por várias praias pequenas sendo considerado um dos poucos lugares do litoral Sul do Brasil que conserva bem os traços da colonização portuguesa.

De acordo com historiadores <sup>25</sup>, os primeiros navegadores portugueses chegaram por volta de 1506 e segundo informações, foi o Porto do Ribeirão um dos primeiros lugares em que ancoraram. A imigração de casais açorianos para o sul do Brasil começou em 1617, esta imigração em massa visava defender e povoar Santa Catarina e Rio Grande do Sul, pois a coroa portuguesa estava convencida que a melhor maneira de garantir a posse da terra era povoá-la. Entre 1748 e 1756 houve a colonização efetiva da Ilha, quando desembarcaram cerca de seis mil açorianos.<sup>25</sup>

#### **3.1.3.2 Cidade de Nova Trento – SC**

A cidade de Nova Trento localiza-se no vale do Rio Tijucas a cerca de 75 km de distância da cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Com uma área de 398,3 km<sup>2</sup> e com uma população de 10.000 habitantes de origem predominantemente italiana, a cidade de Nova Trento foi fundada em 1892 e tem como principal atividade econômica a agricultura com predominância para o cultivo da uva, utilizada na fabricação do vinho colonial neotrentino, vendido nas cantinas da cidade. Também o turismo religioso tem lugar de destaque principalmente por ser cidade de origem de Santa Madre Paulina canonizada no ano de 2002.<sup>26</sup>

Nova Trento começou a ser povoada a partir de 1875, com a chegada de 102 famílias de imigrantes italianos, vindas, na sua maioria, de Vígolo Vattaro, na região do Trento Italiano - daí os nomes de Nova Trento e Vígolo.<sup>26</sup>

#### **3.1.3.3 Cidade de São Pedro de Alcântara - SC**

A cidade de São Pedro de Alcântara localiza-se na Grande Florianópolis a cerca de 31 km de distância de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Possui uma área de 140,6 km<sup>2</sup> e uma população de 3.700 habitantes de origem predominantemente alemã e cuja principal atividade econômica é a agricultura.<sup>27-29</sup>

Apesar de reconhecida como cidade apenas em 1994 e efetivamente emancipada em 1997, São Pedro de Alcântara foi a primeira colônia alemã de Santa Catarina. Fundada em 1829, a região tem muitos descendentes de alemães e de luso-açorianos, que também colonizaram o lugar.<sup>27-29</sup>

### **3.2 Desenho**

Trata-se de um estudo transversal com uma parte quantitativa e outra qualitativa.

### **3.3 Procedimentos**

Os pesquisadores fizeram contato com os líderes das comunidades estudadas para explicar sobre o projeto e verificar a melhor forma de abordar os sujeitos, atendendo aos critérios descritos no item 3.1 deste projeto. Os selecionados foram convidados a participar do estudo, tendo sido explicado os objetivos e o caráter voluntário da pesquisa.

Foram colhidos dados sociodemográficos e de história psiquiátrica, sendo também aplicados o Inventário Beck de Depressão (BDI) além de entrevista semi-aberta com o questionário para avaliar a percepção da depressão, formulada pelos autores (conforme descrito no item 3.4 deste projeto). Durante a entrevista foram anotadas palavras-chave que serviram de base para a transcrição de conteúdos que fizeram sentido para o estudo qualitativo.

### **3.4 Variáveis**

#### **3.4.1 Sociodemográficas**

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas descritas na ficha de coleta de dados presente no anexo deste projeto.

#### **3.4.2 História Psiquiátrica Prévia**

A história pessoal e familiar foi feita de acordo com o modelo realizado por Koenig e cols. (1997).<sup>30</sup> Acrescida de uma pergunta direta sobre depressão, conforme descrito abaixo. Foi



anotada não só a resposta, mas também a reação dos sujeitos à pergunta direta sobre depressão e suicídio.

#### **3.4.2.1 Pessoal**

A avaliação de história psiquiátrica prévia se baseia em três perguntas. Aos pacientes foi perguntado se eles: 1) alguma vez já tiveram qualquer doença mental ou dos nervos que necessitou de tratamento; 2) alguma vez já tomaram medicação para os nervos por qualquer motivo; 3) alguma vez já tiveram depressão. Em caso afirmativo, o diagnóstico psiquiátrico prévio foi anotado.

#### **3.4.2.2 Familiar**

A avaliação de história psiquiátrica familiar foi baseada em quatro perguntas. Os pacientes foram inquiridos se algum parente consanguíneo já: 1) teve alguma vez alguma doença mental ou dos nervos, 2) alguma vez já consultou um psiquiatra ou foi internado em um hospital psiquiátrico, 3) já tomou remédio para os nervos por 3 meses ou mais, 4) já tentou ou cometeu o suicídio e 5) teve alguma vez depressão.

### **3.4.3 Avaliação da expressão e percepção de sintomas depressivos**

#### **3.4.3.1 Inventário Beck de Depressão (BDI).**

O BDI é uma escala de auto-avaliação da depressão e foi elaborado para medir a gravidade de depressão em adolescentes e adultos.<sup>22</sup> Entretanto, vem sendo usado como instrumento de rastreamento de depressão.<sup>31</sup> É composto de 21 itens incluindo sintomas, cuja intensidade varia de ausente a grave. Os itens estão relacionados à tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusação, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Em cada um dos 21 itens, o paciente pode somar pontos de 0 a 3, de acordo com a gravidade do sintoma. A depressão será avaliada através da soma de todos os pontos, podendo variar de 0 até 63. Os pontos de corte propostos no manual do BDI<sup>31</sup> são de 17 a 63 pontos para

rastreamento e que sugerem a presença de depressão. Os 13 primeiros itens são relacionados a sintomas cognitivos/afetivos e os 8 restantes são somáticos. A versão em português mostrou-se válida quando utilizada em sujeitos brasileiros.<sup>32</sup>

#### **3.4.3.2 Questionário para avaliar a percepção da depressão**

Este questionário encontra-se no anexo deste relatório.

### **3.5 Análise estatística e forma de análise dos dados qualitativos**

A análise estatística foi feita utilizando-se o programa SPSS versão 10.0 para *Windows*.<sup>33</sup>

Foram descritas as porcentagens, as médias e os desvios padrão, conforme apropriado tanto da amostra total quanto separadamente para cada uma das 3 diferentes culturas.

Foram considerados como tendo “depressão” os sujeitos que tiveram escore maior que 16 no BDI. E os sintomas considerados como presentes quando o escore naquele item era igual ou superior a 2. Nesses indivíduos, foram avaliados como parâmetros a idade, gênero, história psiquiátrica pessoal e história psiquiátrica familiar e descritas as porcentagens, médias e desvios-padrão conforme apropriado.

As amostras referentes a cada uma das respectivas culturas (açorianos, italianos e alemães) foram comparadas quanto à idade, escolaridade, renda, história psiquiátrica pessoal e história psiquiátrica prévia a fim de se verificar possíveis diferenças estatísticas entre os grupos.

Dividiu-se o BDI em duas categorias correspondentes a sintomas cognitivo/afetivos e somáticos conforme item 3.5.3.1 permitindo a comparação da frequência de sintomas cognitivo/afetivos e sintomas somáticos pelo método de análise de variância (ANOVA) dos escores obtidos nas 3 culturas.

Foram considerados valores estatisticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .

As respostas ao questionário para avaliar a percepção da depressão foram transcritas buscando semelhanças e diferenças através da análise de conteúdo. Foram anotadas também as reações das pessoas às perguntas do questionário.

### **3.6 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC na data de 17/12/2001, protocolo número 162/2001. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre o estudo, explicitando-se o caráter voluntário da pesquisa sendo obtido o consentimento esclarecido por escrito de todos os participantes do estudo.

## 4 Resultados

A amostra total foi composta por 60 indivíduos, (20 indivíduos descendentes de açorianos, 20 descendentes de italianos e 20 descendentes de alemães) era predominantemente de mulheres (83,3%), com média de idade  $\pm$  desvio padrão (DP) de  $54,3 \pm 15,7$  anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 84 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média  $\pm$  DP de  $5,6 \pm 4,1$  anos, eram casados ou mantinham união estável (76,7%) e possuíam renda familiar de até R\$ 600,00 (53,3%). A maioria dos participantes referiu ser “do lar” como profissão, sendo que 48,3% recebiam aposentadoria. Quanto à ascendência, 9,4% dos participantes pertenciam à 2ª geração e 39,2% pertenciam à 3ª ou 4ª geração nascida no Brasil sendo que 41,2% dos participantes não sabiam relatar a qual geração nascida no Brasil pertencia.

Em relação à história psiquiátrica prévia, 33,3% dos entrevistados apresentaram história psiquiátrica pessoal prévia positiva e 45,0% apresentaram história psiquiátrica familiar positiva.

De acordo com o BDI, 11,7% dos 60 participantes do estudo, apresentaram uma síndrome sugestiva de depressão. Nesse grupo, a maioria era do sexo feminino (85,7%), com média de idade  $\pm$  DP de  $58,71 \pm 21,15$  anos com história psiquiátrica prévia positiva em 71,4% e história psiquiátrica familiar positiva em 57,1%. Os principais sintomas referidos foram: auto-acusação (26,7%), irritabilidade (25,0%), e falta de energia (16,7%).

A **Tabela 1** apresenta os dados sociodemográficos da amostra total e a **Tabela 2** apresenta a frequência dos principais sintomas referidos na amostra total.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da amostra total (N = 60)

Características	N (60)	%
Sexo		
Masculino	10	16,7
Feminino	50	87,3
Idade (anos)		
18 a 39	14	23,3
40 a 64	28	46,7
≥ 65	18	30,0
Estado Civil		
Solteiro (a)	09	15,0
Casado (a)/ união estável	46	76,7
Separado (a)	00	0,0
Viúvo (a)	05	8,3
Geração no Brasil		
2 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup>	30	51,7
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup>	06	10,4
Não sabe	24	37,8
Escolaridade (anos)		
0	00	0,0
1 a 4	42	70,0
5 a 8	06	15,0
> 8	12	20,0
Renda Familiar		
Até R\$ 600,00	33	55,0
De R\$ 600,00 até R\$ 1200,00	16	26,7
Superior a R\$ 1200,00	11	18,3

**Tabela 2.** Frequência de sintomas depressivos na amostra total (N=60)

Sintomas	Não*		Sim*	
	n	%	n	%
Tristeza	56	93,3	4	6,7
Desesperança	51	85,0	9	15,0
Sensação de fracasso	57	95,0	3	5,0
Anedonia	55	91,7	5	8,3
Culpa	58	96,7	2	3,3
Sentimento de punição	52	86,7	8	13,3
Desgosto consigo	57	95,0	3	5,0
Auto-acusação	44	73,3	16	26,7
Ideação suicida	60	100,0	0	0,0
Choro fácil	53	88,3	7	11,7
Irritabilidade	45	75,0	15	25,0
Perda do interesse nas pessoas	58	96,7	2	3,3
Indecisão	52	86,7	8	13,3
Mudança na imagem do corpo	51	85,0	9	15,0
Dificuldade no trabalho	54	90,0	6	10,0
Insônia	52	86,7	8	13,3
Falta de energia	50	83,3	10	16,7
Falta de apetite	53	88,3	7	11,7
Perda de peso	56	93,3	4	6,7
Preocupação somática	53	88,3	7	11,7
Perda de libido	51	85,0	9	15,0

\* Os itens do Inventário Beck de Depressão foram categorizados em:  
 Não = 0 (ausente) e 1(leve) ; Sim = 2 (moderado) e 3 (grave)

Houve diferença estatisticamente significativa entre as três diferentes culturas (açoriana, italiana e alemã) quanto à idade ( $p=0,01$ ) sendo os indivíduos pertencentes à cultura italiana mais jovens. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à escolaridade ( $p=0,12$ ), renda familiar ( $p=0,53$ ), história psiquiátrica pessoal ( $p=0,75$ ) e história psiquiátrica familiar ( $p=0,25$ ). (Tabela 3).

**Tabela 3.** Análise de variância comparando dados sociodemográficos e de história psiquiátrica entre as 3 culturas (açoriana, italiana e alemã).

Características	Açorianos	Italianos	Alemães	F	p
Idade: média ( $\pm$ DP) anos	58,1 $\pm$ 12,7	45,9 $\pm$ 16,0	58,9 $\pm$ 15,3	4,92	0,01*
Escolaridade: Média ( $\pm$ DP) anos	6,5 $\pm$ 5,1	6,1 $\pm$ 4,3	4,1 $\pm$ 2,1	2,18	0,12
Renda: (%) Categorias I/II/III <sup>†</sup>	25/50/25	70/25/05	70/05/25	3,09	0,053
História psiquiátrica pessoal (%)	40	30	30	0,29	0,75
História psiquiátrica familiar (%)	60	40	35	1,41	0,25

\* ANOVA

<sup>†</sup> Categorias de renda familiar: I = Até R\$600,00; II = Entre R\$600,00 e R\$1,200,00 e III = Mais de R\$1.200,00

Quando os escores obtidos no BDI foram divididos em sub-escalas cognitivo/afetivas e somáticas, verificou-se que os indivíduos das comunidades açoriana e italiana apresentavam uma maior frequência de sintomas cognitivo/afetivos enquanto que os indivíduos da cultura alemã apresentavam uma maior frequência de sintomas somáticos. Tais diferenças, no entanto, não se mostraram estatisticamente significativas.(Tabela 4).

**Tabela 4.** Análise de variância comparando sintomas cognitivo/afetivos e somáticos auto relatados no Inventário Beck de Depressão entre as 3 culturas (açoriana, italiana e alemã).

Características	Açorianos	Italianos	Alemães	F	P*
Sintomas Cognitivos: Média $\pm$ DP <sup>†</sup>	6,9 $\pm$ 6,9	6,00 $\pm$ 4,2	4,4 $\pm$ 5,1	1,1	0,34
Sintomas Somáticos: Média $\pm$ DP <sup>‡</sup>	4,9 $\pm$ 3,9	4,5 $\pm$ 3,9	5,1 $\pm$ 3,2	0,1	0,87

\*ANOVA

<sup>†</sup> Escala cognitivo/afetivo = soma dos 13 primeiros itens do Inventário Beck de Depressão

<sup>‡</sup> Escala somática = soma dos 8 últimos itens do Inventário Beck de Depressão

#### 4.1 Resultados: Açorianos

Entre os descendentes de açorianos (N=20), a amostra foi predominantemente composta por mulheres (80,0%), com média de idade  $\pm$  DP de  $58,05 \pm 12,65$  anos, sendo a idade mínima de 39 anos e a máxima de 84 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média  $\pm$  DP de  $6,65 \pm 5,11$  anos, eram casados ou mantinham união estável (85,0%) e possuíam renda familiar de até R\$ 600,00 (25,0%). A maioria dos participantes referiu ser “do lar” como profissão, sendo que 45,0% recebiam aposentadoria. Quanto à ascendência, 5,0% dos participantes pertenciam à 2ª geração e 15,0% pertenciam até 5ª geração nascida no Brasil sendo que 65,0% dos participantes não sabiam relatar a qual geração nascida no Brasil pertenciam.

Em relação à história psiquiátrica prévia, 40,0% dos entrevistados apresentaram história psiquiátrica pessoal prévia positiva e 60,0% apresentaram história psiquiátrica familiar positiva.

De acordo com o BDI, 15,0% dos entrevistados apresentaram uma síndrome sugestiva de depressão.

Entre os descendentes de açorianos, o principal sintoma referido foi a irritabilidade (30%) seguida pela indecisão (20%). A **Tabela 5** mostra os dados sociodemográficos da amostra açoriana e a **Tabela 6** mostra frequência dos sintomas depressivos.



**Tabela 5** - Características sociodemográficas da amostra açoriana (N = 20)

Características	N (20)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	04	20
Feminino	16	80
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 39	02	10
40 a 64	12	60
≥ 65	06	30
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	01	05
Casado (a)/ união estável	17	85
Separado (a)	00	00
Viúvo (a)	02	10
<b>Geração no Brasil</b>		
2 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup>	01	05
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup>	06	30
Não sabe	13	65
<b>Escolaridade (anos)</b>		
0	00	00
1 a 4	13	65
5 a 8	02	10
> 8	05	25
<b>Renda Familiar</b>		
Até R\$ 600,00	05	25
De R\$ 600,00 até R\$ 1200,00	10	50
Superior a R\$ 1200,00	05	25

**Tabela 6** Frequência de sintomas depressivos nos açorianos N=20

<b>Sintomas</b>	<b>Não*</b>		<b>Sim*</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tristeza	18	90	2	10,0
Desesperança	16	80	4	20,0
Sensação de fracasso	16	90	2	10
Anedonia	19	95	1	05
Culpa	19	95	1	05
Sentimento de punição	18	90	2	10
Desgosto consigo	18	90	2	10
Auto-acusação	18	90	2	10
Ideação suicida	20	100	0	00
Choro fácil	19	95	1	05
Irritabilidade	14	70	6	30
Perda do interesse nas pessoas	18	90	2	10
Indecisão	16	80	4	20
Mudança na imagem do corpo	16	80	4	20
Dificuldade no trabalho	19	95	1	05
Insônia	17	85	3	15
Falta de energia	18	90	2	10
Falta de apetite	18	90	2	10
Perda de peso	18	90	2	10
Preocupação somática	18	90	2	10
Perda de libido	17	85	3	15

\* Os itens do Inventário Beck de Depressão foram categorizados em:  
 Não = 0 (ausente) e 1(leve) ; Sim = 2 (moderado) e 3 (grave)

## Resultados Qualitativos

### *Atividades de Lazer*

Quando perguntados a respeito das principais atividades de lazer, os descendentes de açorianos entrevistados, citaram principalmente aquelas realizadas na comunidade como trabalhos em grupos de idosos, bailes, ou grupos de atividade física. Dentre as atividades de lazer citadas, pôde se observar a forte religiosidade do grupo entrevistado uma vez que a igreja e as atividades religiosas figuraram em um grande número de respostas.

### *Percepção da depressão*

Em relação a esse assunto, todos os participantes foram questionados quanto a sua opinião pessoal a respeito do que é a depressão.

Entre os açorianos, o padrão de percepção da depressão no grupo estudado caracterizou-se principalmente por tristeza e isolamento, como podemos observar a partir das respostas a seguir:

- *“É horrível né? A gente não tem vontade de nada. A gente só chora, fica trancada no quarto. Tem vontade de morrer. Não quer ver ninguém... Parece que nada existe. É a doença pior de todas”.*

- *Ficar desanimada, se isola, não quer falar, nervosa. Algo que fez mal ou fizeram de mal. “Tem uma vizinha que vive isolada, olhando pela janela”.*

- *É uma coisa muito triste. A pessoa fica desmorteada. Contam que dá vontade de ficar sozinha, de morrer. Acho que deve ter uma causa. Tem gente que teve um desmaio e depois ficou deprimida.*

Além da tristeza e do isolamento, a depressão esteve também fortemente relacionada a “ficar remoendo coisas ruins”.

- *Depressão é uma coisa que o camarada encasqueta na cabeça e “fica com a cuca como um balaio”, como pegar um problema de dívida ou de família e “fica com a cuca como um balaio”.*

- *Foi dando nos nervos, problemas financeiros, familiares. Estado de nervo que a pessoa tem. Se não se incomoda não tem. Pessoa nervosa cisma com algo e tem depressão. Incômodo.*

- *Depressão é da vida agitada que a gente leva, é incomodação*

A depressão também esteve relacionada a um sentido de insuficiência:

- *Não ter vontade de fazer nada, tudo que faz está errado, não ter vontade de viver.*
- *A pessoa se sente desanimada com a vida, tudo vai acontecer de errado, perde as aspirações, os planejamentos, fica calada, isolada e introspectiva.*

### ***Procura de tratamento***

Quando perguntados sobre o que uma pessoa deprimida deveria fazer, a grande maioria dos entrevistados respondeu que a melhor alternativa de tratamento seria a busca de tratamento médico, como pode ser observado nas respostas a seguir.

- *Procurar ajuda, quando é depressão, sozinha não resolve.*
- *Procurar um médico. A minha irmã ficou vinte anos deprimida antes de procurar atendimento. Eu já sabia e quando tive fiquei logo boa.*

Outros ainda, responderam que a melhor alternativa seria tentar encontrar em si mesmo a força necessária para afastar os sintomas depressivos. Essa “força” seria obtida através de orações, ou através de atividades de lazer como procurar amigos ou grupos na própria comunidade. Por exemplo:

- *A pessoa precisa ter força para enfrentar e sair dessa. Rezar, orar, procurar ajuda espiritual. Procurar ser mais forte.*
- *A força maior está dentro de nós, a pessoa precisa lutar orar, participar de grupos.*
- *Fazer tudo para levantar o astral e pensar sempre no bem e esquecer as coisas que fizeram de mal.*

## 4.2 Resultados: Italianos

Entre os descendentes de açorianos (N=20), a amostra foi predominantemente composta por mulheres (90,0%) com média de idade  $\pm$  DP de  $45,85 \pm 16,02$  anos, sendo a idade mínima de 22 anos e a máxima de 72 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média  $\pm$  DP de  $6,10 \pm 4,29$  anos, eram casados ou mantinham união estável (65,0%) e possuíam renda familiar de até R\$ 600,00 (70,0%). A maioria dos participantes referiu ser “do lar” como profissão, sendo que 30,0% recebiam aposentadoria. Quanto à ascendência, 20,0% dos participantes pertenciam à 2ª geração e 85,0% pertenciam até 4ª geração nascida no Brasil sendo que 10,0% dos participantes não sabiam relatar a qual geração nascida no Brasil pertenciam. Quanto ao idioma, 70% dos entrevistados citaram o italiano como primeira língua aprendida.

Em relação à história psiquiátrica prévia, 30,0% dos entrevistados apresentaram história psiquiátrica pessoal prévia positiva e 40,0% apresentaram história psiquiátrica familiar positiva.

De acordo com o BDI, dos 20 participantes da amostra estudada, 5,0% dos entrevistados apresentaram uma síndrome sugestiva de depressão.

Entre os descendentes de italianos, o principal sintoma referido foi à auto-acusação (45,0%) seguido pela irritabilidade (30,0%). A **Tabela 7** mostra os dados sociodemográficos da amostra italiana e a **Tabela 8** mostra a frequência dos sintomas depressivos.

**Tabela 7** - Características sociodemográficas da amostra italiana (N = 20)

Características	N (20)	%
Sexo		
Masculino	02	10
Feminino	18	90
Idade (anos)		
18 a 39	09	45
40 a 64	07	35
≥ 65	04	20
Estado Civil		
Solteiro (a)	06	30
Casado (a)/ união estável	13	65
Separado (a)	00	00
Viúvo (a)	01	05
Geração no Brasil		
2 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup>	17	85
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup>	01	05
Não sabe	02	10
Escolaridade (anos)		
0	00	00
1 a 4	12	60
5 a 8	02	10
> 8	06	30
Renda Familiar		
Até R\$ 600,00	14	70
De R\$ 600,00 até R\$ 1200,00	05	25
Superior a R\$ 1200,00	01	05

**Tabela 8.** Frequência de sintomas depressivos nos italianos N=20

Sintomas	Não*		Sim*	
	n	%	N	%
Tristeza	19	95	1	05
Desesperança	17	85	3	15
Sensação de fracasso	20	100	0	00
Anedonia	17	85	3	15
Culpa	20	100	0	00
Sentimento de punição	16	80	4	20
Desgosto consigo	20	100	0	00
Auto-acusação	11	55	9	45
Ideação suicida	20	100	0	00
Choro fácil	16	80	4	20
Irritabilidade	14	70	6	30
Perda do interesse nas pessoas	20	100	0	00
Indecisão	17	85	3	15
Mudança na imagem do corpo	18	90	2	10
Dificuldade no trabalho	18	90	2	10
Insônia	17	85	3	15
Falta de energia	17	85	3	15
Falta de apetite	17	85	3	15
Perda de peso	19	95	1	05
Preocupação somática	18	90	2	10
Perda de libido	17	85	3	15

\* Os itens do Inventário Beck de Depressão foram categorizados em:  
 Não = 0 (ausente) e 1(leve) ; Sim = 2 (moderado) e 3 (grave)

## **Resultados Qualitativos**

### ***Atividades de lazer***

Quanto ao aspecto qualitativo da amostra estudada, entre os descendentes de italianos, chamou a atenção a forte religiosidade do grupo, sendo que a missa, as atividades relacionadas à igreja e os canais religiosos de televisão figuraram entre as principais atividades de lazer. Muitos citaram como fonte de lazer uma vida inteira dedicada à igreja, trabalhando ativamente eivem grupos de catequese ou de pastorais.

### ***Percepção da depressão***

Quando foi feita a pergunta “Para você o que é depressão?” Pôde ser verificado no estudo o forte papel que a família exerce sobre a comunidade entrevistada uma vez que muitos relacionaram, de alguma forma, a família em suas respostas.

*- Nem sei o que é. Fico pensando coisas na cabeça. Fraqueza dos nervos. Tem gente que diz que controla com comprimido, mas acho que o corpo se acostuma e o remédio não adianta mais. Quando alguma coisa ruim acontece e fica deixando a gente ruim também. Quando se perde alguém da família. A coisa mais triste é perder um filho porque vem do coração da gente.*

*- Depressão é quando a pessoa de repente tem um problema, aí cai e fica chorando, só pensando nisso. É problema com a família principalmente, quando perde alguém da família, é pior perder um filho que o pai ou a mãe.*

*- Depressão é vontade de deixar o filho e marido, mas melhora com esforço.*

### ***Procura de tratamento***

Ainda seguindo esse padrão familiar, muitos relacionaram a família como a principal e a primeira fonte de ajuda a ser consultada em caso de sintomas depressivos, sendo que a família seria a responsável por decidir se há a necessidade de se buscar um tratamento e qual a melhor opção como pode ser observado nas respostas abaixo.

*- Procurar a família antes. Muitas pessoas ficam falando em médico, mas as vezes é a família que ajuda. A própria pessoa deve se ajudar, tirar as coisas da cabeça.*

*- Pensar em coisas boas, ouvir música, sair, se distrair. Procurar primeiro a família sempre, depois a família decide qual o melhor tratamento.*



### 4.3 Resultados: alemães

Entre os descendentes de alemães (N=20), a amostra foi predominantemente composta por mulheres (80,0%) com média de idade  $\pm$  DP de  $58,90 \pm 15,29$  anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 79 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média  $\pm$  DP de  $4,05 \pm 2,06$  anos, eram casados ou mantinham união estável (80,0%) e possuíam renda familiar de até R\$ 600,00 (70,0%). A maioria dos participantes referiu ser “do lar” como profissão, sendo que 70,0% recebiam aposentadoria. Quanto à ascendência, 5,0% dos participantes pertenciam à 2ª geração e 60,0% pertenciam até 4ª geração nascida no Brasil sendo que 35,0% dos participantes não sabiam relatar a qual geração nascida no Brasil pertenciam. Quanto ao idioma, 80% dos entrevistados citaram o alemão como primeira língua aprendida.

Em relação à história psiquiátrica prévia, 30,0% dos entrevistados apresentaram história psiquiátrica pessoal prévia positiva e 35,0% apresentaram história psiquiátrica familiar positiva.

De acordo com o BDI, dos 20 participantes da amostra estudada, 15,0% dos entrevistados apresentaram uma síndrome sugestiva de depressão.

Entre os descendentes de alemães, o principal sintoma referido foi a falta de energia (25,0%). A **Tabela 9** mostra os dados sociodemográficos da amostra alemã e a **Tabela 10** apresenta a frequência dos sintomas depressivos.

**Tabela 9** - Características sociodemográficas da amostra alemã (N = 20)

Características	N (20)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	04	20
Feminino	16	80
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 39	03	15
40 a 64	09	45
≥ 65	08	40
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	02	10
Casado (a)/ união estável	16	80
Separado (a)	00	00
Viúvo (a)	02	10
<b>Geração no Brasil</b>		
2 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup>	12	60
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup>	01	05
Não sabe	07	35
<b>Escolaridade (anos)</b>		
0	00	00
1 a 4	17	85
5 a 8	02	10
> 8	01	05
<b>Renda Familiar</b>		
Até R\$ 600,00	14	70
De R\$ 600,00 até R\$ 1200,00	01	05
Superior a R\$ 1200,00	05	25

**Tabela 10.** Frequência de sintomas depressivos nos alemães N=20

Sintomas	Não		Sim	
	n	%	N	%
Tristeza	19	95	1	05
Desesperança	18	90	2	10
Sensação de fracasso	19	95	1	05
Anedonia	19	95	1	05
Culpa	19	95	1	05
Sentimento de punição	18	90	2	10
Desgosto consigo	19	95	1	05
Auto-acusação	15	75	5	25
Ideação suicida	20	100	0	00
Choro fácil	18	90	2	10
Irritabilidade	17	85	3	15
Perda do interesse nas pessoas	20	100	0	00
Indecisão	19	95	1	05
Mudança na imagem do corpo	17	85	3	15
Dificuldade no trabalho	17	85	3	15
Insônia	18	90	2	10
Falta de energia	15	75	5	25
Falta de apetite	18	90	2	10
Perda de peso	19	95	1	05
Preocupação somática	17	85	3	15
Perda de libido	17	85	3	15

\* Os itens do Inventário Beck de Depressão foram categorizados em:  
 Não = 0 (ausente) e 1(leve) ; Sim = 2 (moderado) e 3 (grave)

## Resultados Qualitativos

### *Atividade de lazer*

Uma das características encontradas na comunidade alemã estudada foi a grande importância dada ao trabalho e à capacidade de trabalhar. A grande maioria dos entrevistados não fazia distinção entre atividades laborativas e atividades de lazer sendo que a maioria dos entrevistados citou o trabalho como uma das principais fontes de lazer.

- *Gosto de Trabalhar na lavoura, tratar do gado. Se eu precisar trabalhar de graça, enquanto eu puder, trabalho. Trabalho porque gosto. Tudo o que aprendi na vida foi isso.*

- *Gosto de Ler. Bordar. Trabalhar na lavoura. Se não puder em pé, trabalho de joelho. Odeio ver meu pasto no mato.*

- *A gente gosta de fazer tudo, trabalhar, jardinagem, cuidar da horta. A gente fica triste se não pode trabalhar na horta, não ver nada florescer.*

### *Percepção de depressão*

Entre os descendentes de alemães, houve uma grande dificuldade em se definir a depressão sendo que muitos disseram não saber o que era a depressão.

- *Depressão, não sei. Antigamente nem se falava, isso foi os médicos que arranaram, sei lá o que é isso. Antigamente era “nervos”.*

- *Não sei o que é. Talvez pressão alta ou nos nervos.*

Outros ainda, responderam não acreditar na existência da depressão como doença. Por exemplo.

- *Eu não acredito em depressão. Eu acho que existe, mas a gente mesmo consegue superar sem ter que ir ao médico. É vontade de deixar de trabalhar, mas melhora com esforço.*

- *Depressão?... Não sei. Antigamente nem se falava, isso foi os médicos que arranaram, sei lá o que é isso.*

Entretanto, quando os entrevistados procuravam conceituar a depressão, a mesma esteve principalmente relacionada a um sentimento de insuficiência como pode ser observada da resposta abaixo.

- *Depressão é não querer fazer nada, é um “não consigo” é perder a vontade para as coisas, não ter mais vontade de trabalhar.*

***Procura de tratamento***

O trabalho também foi citado como a principal forma utilizada para afastar pensamentos negativos e lidar com a depressão.

*- A melhor coisa é tirar da cabeça. Enquanto eu puder dizer que é passageiro eu digo, tem que ter força. Trabalhar faz bem para tudo. Se eu parasse e ficasse vivendo a vida, pedia para morrer. Não pode parar, faz parte da saúde.*

*- Trabalhar, pois ajuda. Ficar parado sempre piora.*

*- Acho que a pessoa deve se controlar, não se lamentar. A pessoa deve trabalhar. O trabalho afasta os pensamentos ruins. Deve sempre procurar dar a volta por cima.*

## 5 Discussão

Foi encontrada uma prevalência de 11,7% de síndrome sugestiva de depressão na amostra estudada sendo esse valor semelhante ao encontrado na literatura para a população geral. Estudos envolvendo o mesmo tipo de amostragem, ou seja, provenientes da população geral revelam uma prevalência de depressão que varia de 5 até 32%.<sup>34, 35</sup>

Houve também uma concordância entre gênero, presença de história psiquiátrica prévia e história psiquiátrica familiar com a literatura. Está bem documentada uma maior prevalência de depressão no gênero feminino, podendo esta ser de 2 a 3 vezes mais prevalente entre as mulheres.<sup>35</sup> Uma possível explicação para isso seria o fato de que as mulheres estão mais propensas a se expor a diferentes estressores ao longo da vida relacionados a variações hormonais até fatores comportamentais/sociais tais como a multiplicidade de funções (profissional, domiciliar e maternal) exercida por grande número de mulheres.<sup>34</sup> A presença de uma história psiquiátrica prévia (como alcoolismo ou ansiedade) bem como uma história familiar positiva (devido a uma possível predisposição genética) estão também documentadas na literatura como fatores predisponentes para o desenvolvimento da depressão.<sup>34</sup>

Quanto à idade, os dados da literatura revelam uma maior prevalência de depressão entre as 2ª e 4ª décadas de vida.<sup>34, 35</sup> Em nosso estudo foi, encontrada uma média de idade de 58 anos nos indivíduos “com depressão”. A relevância desse dado, no entanto, deve ser avaliada com ressalvas devido a pequena amostra do estudo.

Comparando as 3 culturas, verificamos que existe uma maior prevalência de sintomas cognitivo/afetivos entre a amostra composta por descendentes de açorianos e italianos que na amostra composta por descendentes de alemães. Por outro lado, entre os descendentes de alemães houve uma maior prevalência de sintomas somáticos. Essa diferença, ainda que não seja estatisticamente significativa, nos mostra uma tendência que nos permite comparar as 3 diferentes culturas quanto a expressão de sintomas depressivos.

Apesar de na literatura internacional existir uma grande escassez de trabalhos relacionando cultura e depressão, e que em sua grande maioria são feitas comparações entre culturas ocidentais e orientais,<sup>17, 18, 36-42</sup> diversos estudos referem que a presença de sintomas

somáticos é predominantemente importante em culturas onde existe grande dificuldade em se definir o sofrimento psicológico, muitas vezes substituindo-o por sintomas mais facilmente traduzíveis como dor ou sintomas físicos.<sup>36, 43</sup> A presença de sintomas somáticos é também mais prevalente entre culturas onde os transtornos psiquiátricos carregam em si um grande estigma.<sup>43</sup> Nesses casos, o sofrimento psíquico acaba por ser ignorado, escondido ou somatizado.<sup>19</sup>

Sintomas cognitivo/afetivos seriam, então, mais prevalentes naquelas culturas em que existe menos inibição em referir sintomas afetivos<sup>8</sup> e nas comunidades em que existe uma comunicação verbal mais aberta, onde a expressão direta do sofrimento psíquico é mais bem aceita.<sup>9, 18</sup>

Individualmente cada uma das culturas apresentou diferenças na expressão de sintomas depressivos sendo que essas diferenças foram salientadas quando se uniram os dados quantitativos com as respostas obtidas nas entrevistas qualitativas. O cruzamento dos dados permitiu caracterizar cada uma das culturas quanto à percepção e expressão de sintomas depressivos.

Na comunidade açoriana, entre os indivíduos entrevistados, o principal sintoma relatado foi a irritabilidade, sendo que este sintoma pôde ser correlacionado com as respostas obtidas nas entrevistas, onde a depressão estava fortemente relacionada a ficar remoendo coisas ruins, como problemas financeiros ou ainda ao isolamento. Na comunidade açoriana, as relações interpessoais se revestem de grande importância. Como pôde ser observado nas respostas qualitativas, muitos indivíduos da cultura açoriana relacionaram a depressão ao isolamento como “não querer ver ninguém” ou ainda a “ficar sozinha e viver isolada”.

Neste sentido, estudos referem a grande importância que o apoio social exerce modificando os efeitos de fatores estressores. Esse apoio social ofereceria um efeito protetor importante, permitindo ao indivíduo lidar com os diversos estressores ambientais.<sup>34</sup>

Entre os descendentes de italianos, o principal sintoma relatado foi a auto-acusação, que pôde ser relacionada com a forte religiosidade do grupo, composta, em sua totalidade por indivíduos de religião católica. A família, na comunidade italiana estudada, reveste-se de uma importância central, sendo ela a principal fonte de lazer, de preocupações e também a primeira fonte a ser consultada em casos de problemas de saúde, muitas vezes também, a responsável por indicar o melhor tratamento a ser procurado.

A auto-acusação encontrada como um dos sintomas principais entre os descendentes de italianos, pôde ser relacionada a forte religiosidade do grupo e pela herança cristã, que pode interferir enormemente na expressão de sintomas como já relatou Kleinmann em trabalhos prévios.<sup>20, 21, 44</sup> A religiosidade do grupo torna-se ainda mais evidente quando se atenta para o fato de que Nova Trento – SC constitui um local de turismo religioso uma vez que é local de origem de Santa Madre Paulina canonizada em Maio de 2002.

Quanto à importância exercida pelo núcleo familiar, se por um lado ela pode ser fonte de sofrimento, atraso no diagnóstico da depressão ou ainda motivo de não tratamento de transtornos depressivos, por outro lado, pode ser uma importante fonte de suporte e apoio social. Estudos sugerem que ainda mais importante que a quantidade de interações sociais, a qualidade dessas interações exerceria um papel protetor ainda maior frente às fontes de sofrimento.<sup>34</sup> Na amostra estudada, os fortes laços familiares poderiam ser um dos fatores responsáveis pela menor prevalência de depressão entre os descendentes de italianos.

Finalmente, entre os descendentes de alemães, onde houve uma enorme dificuldade em se definir o conceito de depressão, o principal sintoma referido foi a falta de energia, sendo facilmente correlacionado com os padrões de respostas encontrados, onde o trabalho exerce grande importância na comunidade estudada figurando entre as principais fontes de lazer e como a principal forma de se lidar com pensamentos ruins.

A falta de energia citada como principal sintoma entre os descendentes de alemães pode estar relacionado com a enorme importância que o trabalho e a capacidade de trabalhar exercem na comunidade estudada. Tais dados já foram descritos previamente em trabalhos onde foram estudadas comunidades em que o valor de um indivíduo reside em sua capacidade de produção e de trabalho, passando a expressar depressão através de sintomas somáticos como a falta de energia.<sup>18, 19, 36, 37, 39, 43</sup>

Algumas limitações, no entanto, foram encontradas durante a execução do trabalho. A coleta dos dados dependeu enormemente do auxílio das Secretarias de Saúde das respectivas cidades e comunidades e da disponibilidade de agentes comunitários que auxiliaram no acesso às comunidades. Devido a esse fato, a coleta de dados restringiu-se aos dias letivos e aos horários comerciais, que foi responsável, em grande parte pela predominância de indivíduos do sexo feminino e de aposentados na amostra obtida. Outra dificuldade encontrada foi a enorme



distância a ser percorrida para se ter acesso às comunidades estudadas, e em várias ocasiões, o acesso era extremamente difícil especialmente nas comunidades rurais mais isoladas. Tal fato dificultou a obtenção de uma amostra mais significativa comprometendo, de certa forma a obtenção de comparações mais adequadas entre as diferentes culturas. Além disso, há que se ter cautela em se descrever a frequência de “depressão” e “sintomas depressivos”, pois foi utilizada uma escala, o BDI, como instrumento. Como se sabe, o diagnóstico da depressão é clínico e depende do julgamento de um profissional experiente. As escalas foram elaboradas para auxiliar no rastreamento e em pesquisa.

A despeito das dificuldades encontradas, esse trabalho se reveste de grande importância clínica por se notar que ainda existe uma enorme dificuldade em se definir depressão e, que, quando se consegue definir ou expressar sintomas depressivos, muitas vezes os indivíduos relutam em procurar auxílio médico, preferindo procurar auxílio na família ou mesmo entre os membros da comunidade que, dependendo da gravidade do quadro muito pouco podem fazer. Tudo isso, resulta muitas vezes em um não diagnóstico e, conseqüentemente, no não tratamento.

Esses dados vêm ajudar a preencher a lacuna de trabalhos referentes à cultura e depressão existente especialmente na literatura latino-americana.

## 6 Conclusões

1. Na amostra estudada, houve uma prevalência de 11,7% de síndrome sugestiva de depressão.
2. Os sintomas depressivos mais freqüentes foram: irritabilidade (açorianos), auto-acusação (italianos) e falta de energia (alemães). Os descendentes de açorianos e de italianos apresentaram uma prevalência maior de sintomas cognitivo/afetivos, ao passo que os descendentes de alemães apresentaram uma prevalência maior de sintomas somáticos, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.
3. A expressão da depressão variou nas três culturas sendo ressaltada como sendo predominantemente um “isolamento da comunidade” na açoriana, uma “falta de prazer nas atividades familiares” nos italianos e uma “incapacidade para o trabalho” nos alemães. As abordagens mais freqüentemente propostas foram: busca de atendimento médico e apoio da comunidade nos açorianos, apoio da família e esforço próprio nos italianos e uma maior atenção aos sintomas somáticos para um melhor reconhecimento da depressão nos alemães.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
2. Marsella AJ. Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression. *Cult Med Psychiatry* 1978;2(4):343-57.
3. Sartorius N. Cross-cultural research on depression. *Psychopathology* 1986;19 Suppl 2:6-11.
4. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry* 2000;45(5):438-46.
5. Beiser M. Why should researchers care about culture? *Can J Psychiatry* 2003;48(3):154-60.
6. Beiser M. Culture and psychiatry, or "the tale of the hole and the cheese". *Can J Psychiatry* 2003;48(3):143-4.
7. Leff J. The cross-cultural study of emotions. *Cult Med Psychiatry* 1977;1(4):317-50.
8. Chang WC. A cross-cultural study of depressive symptomology. *Cult Med Psychiatry* 1985;9(3):295-317.
9. Becker AE, Kleinman A. Anthropology and Psychiatry. In: Kaplan H, Saddock B, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
10. Jorge MR. Adaptação Transcultural de Instrumentos de Pesquisa em Saúde Mental. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW, editors. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*: Lemos Editorial; 1998 - 1999. p. 53-7.
11. APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
12. WHO, editor. *Classification of Mental and Behavioral Disorders - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. 10 ed. Geneva: World Health Organization; 1992.
13. Marsella AJ, Sartorius N, Jablensky A, Fenton RF. Cross-Cultural Studies of Depressive Disorders: An Overview. In: Kleinman A, Good B, editors. *Culture and depression*:

- studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985. p. 299 - 325.
14. Lutz C. Depression and the Translation of Emotional Worlds. In: Kleinman A, Good B, editors. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985. p. 63-101.
  15. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-504.
  16. Dalgallarrondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
  17. Chen IG, Roberts RE, Aday LA. Ethnicity and adolescent depression: the case of Chinese Americans. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(10):623-30.
  18. Ulusahin A, Basoglu M, Paykel ES. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29(1):31-9.
  19. Furnham A, Malik R. Cross-cultural beliefs about "depression". *Int J Soc Psychiatry* 1994;40(2):106-23.
  20. Kleinman A. *Rethinking psychiatry : from cultural category to personal experience*. New York London: Free Press; Collier Macmillan; 1988.
  21. Kleinman A, Good B. *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985.
  22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561 - 571.
  23. Minayo MCdS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.
  24. Minayo MCdS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 3 ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
  25. Piazza WF, Hübener LM. *Santa Catarina: história da gente*. 2 ed. Florianópolis: Lunardelli; 1987.
  26. Grosseli RM, editor. *Vencer ou morrer: Camponeses trentinos (vênetos e lombardos) nas florestas brasileiras*. 1 ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 1987.

27. Philippi AJ, editor. São Pedro de Alcântara: A primeira colônia alemã de Santa Catarina. 1 ed. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 1995.
28. Jochem TV, Alves DB, editors. São Pedro de Alcântara 170 anos depois. 1 ed. São Pedro de Alcântara: Elbert indústria gráfica; 1999.
29. Jochem TV, editor. São Pedro de Alcântara 1829-1999: Aspectos de sua história. 1 ed. São Pedro de Alcântara: Elbert indústria gráfica; 1999.
30. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of the medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1369 - 1375.
31. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
32. Gorenstein C, Andrade LHS. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-7.
33. Norussis MJ. SPSS/PC 10.0 Base Manual. Chicago: SPSS Inc; 2000.
34. Blazer DG. Mood Disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7 ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 3344.
35. Gauer GJC, Furlanetto LM, Juruena MF, Vieira RM. Transtornos do Humor. In: Neto AC, Gauer GJC, Furtado NR, editors. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. 1 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. p. 944.
36. Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behav Res Ther* 2003;41(7):755-76.
37. Iwata N, Buka S. Race/ethnicity and depressive symptoms: a cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South America. *Soc Sci Med* 2002;55(12):2243-52.
38. Qin P, Mortensen PB. Specific characteristics of suicide in China. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(2):117-21.

39. Jackson-Triche ME, Greer Sullivan J, Wells KB, Rogers W, Camp P, Mazel R. Depression and health-related quality of life in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *J Affect Disord* 2000;58(2):89-97.
40. Obeyesekere G. Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. In: Kleinman A, Good B, editors. *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985. p. 134 - 153.
41. Jablensky A, Sartorius N, Gulbinat W, Ernberg G. Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. A report from the who collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1981;63(4):367-83.
42. Rack PH. Ethnic differences in depression and its response to treatment. *J Int Med Res* 1980;8 Suppl 3:20-3.
43. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341(18):1329-35.
44. Cinnirella M, Loewenthal KM. Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: a qualitative interview study. *Br J Med Psychol* 1999;72(Dec;72 ( Pt 4)):505-24.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução n° 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

## **ANEXO I**

### **CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**





**UFSC**

**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde**

**Laboratório de Estudos dos Transtornos do**

**Humor**

**Hospital Universitário da UFSC**

**Campus Universitário - Trindade - Florianópolis-SC**



### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PESQUISADORA: Dr<sup>a</sup>. Letícia Maria Furlanetto, Professora do Departamento de Clínica Médica, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Telefone: 3319149.**

**TÍTULO: “PERCEPÇÃO E EXPRESSÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM TRÊS GRUPOS CULTURAIS CATARINENSES: ALEMÃES, ITALIANOS E AÇORIANOS.”**

Eu, \_\_\_\_\_ confirmo que o assistente de pesquisa discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

1. Este é um estudo sobre “depressão” em pessoas de culturas diferentes (alemães, italianos e açorianos) que vivem em três comunidades diferentes de Santa Catarina. As diferenças culturais podem interferir ou mesmo dificultar o diagnóstico da Depressão. Os objetivos deste estudo são: 1) Verificar como pessoas dessas três diferentes culturas vêm a depressão e se expressam a este respeito; 2) identificar as diferenças existentes na expressão e percepção de sintomas depressivos nas três diferentes culturas; e 3) verificar e tentar estabelecer pontos em comum. Os resultados desse estudo ajudarão aos médicos a descobrir mais rápido quem têm esses problemas e melhorar o atendimento dos pacientes que virão no futuro.
2. Minha participação é inteiramente voluntária.
3. Se eu aceitar participar desse estudo as seguintes coisas vão acontecer:
  - a) Eu vou responder a algumas perguntas sobre dados pessoais (identificação, se já tive “problemas de nervoso” ou se alguém na minha família já teve desses problemas).

- b) Responderei a perguntas que ajudarão aos médicos a entender como vejo a depressão e como expresso sentimentos de alegria e de tristeza.
  - c) Serão anotadas informações a meu respeito e que serão mantidas em sigilo absoluto.
4. Talvez eu não tenha benefícios diretos caso participe desse estudo. Entretanto, caso eu tenha qualquer sinal de depressão ou de sofrimento que possa ter benefício com tratamento, serei informado prontamente.
  5. Não sofrerei riscos neste estudo, pois não tomarei nenhum remédio, nem farei nenhum exame. Não preciso responder a nenhuma pergunta que me deixe desconfortável e posso solicitar um ambiente privativo para responder às perguntas.
  6. Não serei remunerado para participar desse estudo.
  7. Todas as minhas informações registradas nesse estudo serão consideradas confidenciais e usadas somente na pesquisa. Minha identidade será mantida em segredo.
  8. Como minha participação é voluntária, posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isso venha a gerar quaisquer problemas para mim ou para minha família.
  9. Se eu tiver mais dúvidas, eu posso telefonar diretamente para a Dra. Letícia Furlanetto, no telefone 3319149, durante qualquer fase do estudo.
  10. Eu concordo em participar deste estudo.

Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## **ANEXO II**

### **FICHA DE COLETA DE DADOS**

**FICHA DE COLETA DE DADOS - PERCEPÇÃO E EXPRESSÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS**

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E HISTÓRICO PESSOAL: (Entrevistador:.....Data...../...../.....)

**01-** Nome:..... Telefone (.....)..... Registro nº.....**02-** Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Idade:..... Data do Nasc.: ..... / ..... / .....**03-** Ascendência: ☐ Italiana ☐ Alemã ☐ Açoriana ☐ Outras ..... Sobrenome de Solteiro (a).....**04-** País de origem da família:..... ☐ Natural do país em questão. ☐ Natural de outro país.  
Geração nascida no Brasil: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 >5. Se souber, especifique.....**05-** Parentes residentes fora do país (Brasil)? ☐ Sim ☐ Não **06-** Freq. de contato c/ parentes:.....**07-** Primeira língua:..... Segunda língua:..... **08-** Religião:..... Praticante? ☐ Não ☐ Sim**09-** Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/Amasiado ☐ Viúvo ☐ Separado/Divorciado**10-** Filhos: ☐ Sim ☐ Não Quantos:..... **11-** Mora sozinho? ☐ Não ☐ Sim Com quantas pessoas mora?.....**12-** Escolaridade: Quanto tempo (anos) estudou? ..... Série?..... Local:.....  
Escolaridade (concluída): ☐ Primário ☐ Ginásio ☐ Secundário ☐ Superior ☐ Pós-Graduação**13-** Profissão:..... Aposentado? ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo:.....**14-** Renda Familiar: ☐ Até R\$ 600,00 ☐ RS 601,00 a 1.200,00 ☐ > RS 1.200,00**15- História pessoal:** Tem ou teve qualquer doença mental ou dos nervos? ☐ Sim ☐ Não**16-** Em caso positivo, qual doença? ☐ Qualquer T. depr.? (☐se sim, dep maior?), ☐ Álcool? ☐ T.ans.?☐ Outras?.....**17-** Já tomou ou toma alguma medicação para os nervos? ☐ Não ☐ Sim Qual?.....**18-** Alguém na família (consangüínea) com doença mental ou dos nervos? ☐ Sim ☐ NãoUso de calmante? ☐ Sim ☐ Não Alguma Internação? ☐ Sim ☐ Não Tentativa de Suicídio? ☐ Sim ☐ Não**19-** Em caso positivo, quais doenças? ☐ Qualquer T. depr.?, ☐ álcool?, ☐ T.ans.? ☐ Outras?.....**INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO (BDI):****BDI 01:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 02:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 03:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 04:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 05:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 06:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 07:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 08:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 09:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 10:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 11:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 12:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 13:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 14:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 15:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 16:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 17:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 18:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 19:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 20:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**BDI 21:** ☐0 ☐1 ☐2 ☐3**Subtotal:**.....**Subtotal:**.....**TOTAL:**.....

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO QUANTO A PERCEPÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS:**

**20-** Você tem se sentido bem?

**21-** Como vai seu ânimo?

**22-** Você tem dormido bem e se alimentado bem?

**23-** Qual atividade (lazer ou não) que mais gosta de fazer?

**24-** Atualmente o que vem gostando de fazer?

**25-** Você já conheceu alguém com depressão?

**26-** O que é depressão?

**27-** Sentir-se triste é o mesmo que depressão?

**28-** Você acha normal alguém se sentir deprimido?

**29-** O que você acha que uma pessoa deve fazer quando está deprimida?

**30-** Pessoas preguiçosas têm mais depressão?

**31-** Trabalhar afasta pensamentos depressivos?

**32-** Se você se sentisse deprimido procuraria ajuda de quem? ☐ Família ☐ Amigos ☐ Médicos

